
	SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ADESÃO/INCLUSÃO E ATUALIZAÇÃO DE DADOS DO SERVIR PARA O SERVIDOR ATIVO E INATIVO	
Todos os campos do formulário devem ser preenchidos corretamente e sem rasuras.			

Nome do Servidor titular:		Matrícula:		CPF:	
Cargo Efetivo:		Cargo em Comissão:		Data da Admissão:	
Órgão:		Lotação:		Data de Nascimento:	
Sexo:	RG Número:	Órgão Emissor/UF:	Data de Expedição:	Endereço:	
Bairro:		Cidade:		Estado:	CEP:
Telefone residencial:		Número de telefone: (1)	Número de telefone (2)	E-mail:	
Estado Civil:			<input type="checkbox"/> Adesão <input type="checkbox"/> Alteração Cadastral		
Nome da Mãe:			<input type="checkbox"/> Inclusão De Dependente(S) <input type="checkbox"/> Mudança De Vínculo (Poder)		
Nome do Pai:			<input type="checkbox"/> Alteração – Titular Para Dependente <input type="checkbox"/> Inclusão Dependente Inválido Ou Incapaz - JMOE		

DADOS DOS DEPENDENTES
 (relação de documentos para fins de comprovação em Anexo I no verso deste requerimento)
Obs importante: O dependente que perceba remuneração superior ao titular, não poderá ser inscrito como dependente.

Nome:		Sexo:	Cod. Dependência:	Data de Nascimento:
CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	Nome da Mãe:	
Nome:		Sexo:	Cod. Dependência:	Data de Nascimento:
CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	Nome da Mãe:	
Nome:		Sexo:	Cod. Dependência:	Data de Nascimento:
CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	Nome da Mãe:	

Com a adesão, o titular ficará vinculado ao Plano por, no mínimo, 12 (doze) meses e caso ocorra o desligamento relativo a exoneração ou falecimento, será procedido a verificação dos débitos e a efetiva negociação ou quitação.

A exclusão a pedido gera ao titular a obrigação de ressarcir as despesas realizadas com ele e seus dependentes, nos últimos 12 meses, compensadas as contribuições do período.

AUTORIZO a consignação em folha de pagamento da taxa de inscrição, contribuição mensal, contribuição de dependentes indiretos (se houver), da coparticipação total ou parcelada, e de eventuais valores resultantes de cobranças a menor, de atrasos no pagamento ou decorrente de qualquer outro motivo relacionado a erro de lançamento.

AUTORIZO o Plano Servir ao qual estou devidamente inscrito (a) como titular, a ter acesso ao meu prontuário médico parcial ou integral, bem como, dos meus dependentes, para uso exclusivo da regulação e auditoria de procedimentos médicos e hospitalares, que será realizada por profissionais da saúde credenciados ao Plano ou da operadora de serviços com a qual o Plano possui contrato, seja nas dependências do hospital ou remotamente, com envio de cópias documentais, para fins de viabilizar meu atendimento de saúde por parte do hospital e análise médica de pertinência.

DECLARO junto ao Plano Servir, com base no que dispõe o § 1º, inciso I, art 6º, da lei nº 2.296/de 11 de março de 2010, sob pena de responsabilidade, e da prática de falsidade ideológica, que o(s) dependente(s) acima citado(s), ora incluído(s) por mim, não percebem remuneração ou salário superior ao meu.

DECLARO ainda que tenho ciência de que caso houver alteração salarial do(s) dependente(s) deverei imediatamente procurar o Plano, para regularizar a situação cadastral, sob pena de suspensão dos benefícios e restituição por uso indevido.

DECLARO que recebi, li e compreendi as informações contidas no rol para adesão junto ao SERVIR, que tenho conhecimento de que todas as regras de funcionamento do Plano se encontram na Lei 2.296/10 e Decreto 4.551/10, suas alterações e regulamentos disponível no site www.secad.to.gov.br/servir, e que são verdadeiras as informações acima prestadas, estando ciente de qualquer declaração inverídica pode vir a caracterizar crime de falsidade ideológica.

_____ , _____ de _____
Assinatura do servidor **Local** **dia** **mês** **ano**

	SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO	COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO DE ADESÃO/INCLUSÃO E ATUALIZAÇÃO DE DADOS DO SERVIR PARA O SERVIDOR ATIVO E INATIVO	
--	------------------------------------	---	---

Nome do Servidor titular: _____

Adesão Atualização Cadastral Inclusão De Dependente(S) Mudança De Vínculo(Poder) Alteração – Titular Para Dependente Inclusão Dependente Inválido ou Incapaz - JMOE

DEPENDENTES			
_____ Assinatura do atendente operador		_____ , _____ de _____ Local dia mês ano	